

学校において予防すべき感染症による出席停止扱い願い書

熊本県立熊本高等学校

年 室 号 氏名 _____

1 診断名（「○」印をつけてください。）

(第2種の感染症)		(第3種の感染症)	
1 インフルエンザ		1 腸管出血性大腸菌感染症	
2 百日咳		2 流行性角結膜炎	
3 麻疹		3 急性出血性結膜炎	
4 流行性耳下腺炎		4 その他の感染症	
5 風疹		* 疾病名をご記入ください	
6 水痘			
7 咽頭結膜熱			
8 結核			
9 隹膜炎菌性皰膜炎			
10 新型コロナウイルス感染症			

2 療養期間

令和 年 月 日 曜から
令和 年 月 日 曜まで

3 受診した医療機関名をご記入ください。

[]

4 その他

上記の理由により、出席停止措置をお願いします。

令和 年 月 日

保護者名（自署） _____ 印 _____